

Gesundheitsfragebogen 2020

Name: _____

Geburtstag: _____ Datum: _____

Gesundheitsbogen zur Infektionsrisikoeinschätzung / Corona

Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Fieber (über 38°C)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hatten Sie Schüttelfrost?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Verlust von Geruchs-oder Geschmackssinn?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie anhaltenden Husten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Halsschmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Schnupfen (keine Allergie)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Durchfall?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hat sich Ihr Gesundheitszustand in den letzten 14 Tagen verändert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leidet ein Familienmitglied oder eine enge Kontaktperson von Ihnen unter oben genannten Symptome?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einer Person, bei der das neuartige Corona-Virus (COVID-19) nachgewiesen wurde?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einer Person, bei der ein Verdacht auf das neuartige Corona-Virus (COVID-19) besteht?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hatten Sie bereits einen positiven Corona/SARS-CoV-2-Nachweis? Wenn ja, wann? _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Unterschrift Patient/in_____
HZ Mitarbeiter/in